

01
CURSO

O PROCESSO DE TRABALHO NO SUS E A IMPORTÂNCIA
DAS AÇÕES DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE



CURSO DE FORMAÇÃO
Gestão Pública
EM SAÚDE

UNIDADE 03

A IMPORTÂNCIA DO
PLANEJAMENTO NA
GESTÃO DO SUS

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof.^a Dr.a Nair Portela Silva Coutinho

Reitora

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Vice-Reitor

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

Prof.^a Dr.a Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

EDITORIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Ricardo Zimbrão Affonso de Paula; Prof. Dr. Osvaldo Ronaldo Saavedra Mendez; Prof. Dr. Jadir Machado Lessa; Prof.^a Dr.a Arlene de Jesus Mendes Caldas; Prof.^a Dr.a Mariléia Santos Cruz da Silva; Bibliotecária Gilvane Carvalho Ferreira; Prof.^a Dr.a Mônica Teresa Costa Sousa

01 O PROCESSO DE TRABALHO NO SUS E A IMPORTÂNCIA
CURSO DAS AÇÕES DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE



CURSO DE FORMAÇÃO
Gestão Pública
EM SAÚDE

UNIDADE 03: A IMPORTÂNCIA DO
PLANEJAMENTO NA GESTÃO DO SUS



2016

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde.

Unidade UNA-SUS/UFMA: Rua Viana Vaz, nº 41, CEP: 65020-660. Centro, São Luís-MA.

Site: www.unasus.ufma.br

PROJETO DE DESIGN

Camila Santos de Castro e Lima

Douglas Brandão França Júnior

João Gabriel Bezerra de Paiva

Katherine Marjorie Mendonça de Assis

Lizandra Sodré

Stephanie Matos

Isabelle Prado

Paola Trindade

REVISÃO TÉCNICA

Claudio Vanucci Silva de Freitas

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

REVISÃO DE TEXTO

Fábio Allex

NORMALIZAÇÃO

Eudes Garcez de Souza Silva

CRB 13ª Região, nº de registro - 453

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA.

A Importância do planejamento na gestão do SUS/Célia Regina Rodrigues Gil; Isaías Cantóia Luiz; Maria Cristina Rodrigues Gil (Org.).
- São Luís, 2016.

37f.: il.

ISBN

1. Planejamento em saúde. 2. Gestão em saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 614.2

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2016. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS/UFMA.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	7
2 RESPONSABILIDADES DA GESTÃO NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	8
2.1 Pontos de atenção à saúde	8
2.2 Atenção Básica	11
2.3 Serviços de apoio especializado às UBS no SUS	14
2.3.1 Serviços de Urgência e Emergência - SAMU e UPA	14
2.3.2 Serviço de Atenção Domiciliar - SAD	15
3 RESPONSABILIDADES DA GESTÃO NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE	17
3.1 Gestão da clínica	17
3.2 Diretrizes clínicas	18
3.3 Protocolos assistenciais e organizacionais	18
3.4 Linhas de cuidado	19
4 SITUAÇÃO DE SAÚDE E MAPA DA SAÚDE	21
4.1 O território na gestão em saúde	22
4.2 Dados e informações em saúde	23
4.3 Sistemas de Informação em Saúde	24
4.4 Capacidade instalada	25
5 O PLANEJAMENTO NA GESTÃO DO SUS	27
5.1 O gestor como ator social	27
5.2 Projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo	28
5.3 Análise situacional	30
5.4 Planejamento e Plano de Saúde	31
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O objetivo desta unidade é compreender os mecanismos de planejamento na esfera pública, com foco no planejamento e execução de programas, projetos e políticas públicas na área social e, em especial, na saúde pública, com destaque para o uso do planejamento estratégico na gestão do SUS.

Ao ter contato com os conceitos apresentados nesta unidade, você vai perceber que para mudar a realidade social é necessário muito mais que boas intenções. Nos dias atuais, as mudanças na gestão do SUS têm demandado dos gestores públicos e da sociedade civil uma intervenção política organizada. Conceitos como “contrato de gestão”, avaliação de desempenho e monitoramento e avaliação fazem parte do cotidiano dos gestores e equipes gestoras. Saber manejar esses instrumentos é fundamental para atingir os resultados pactuados entre governo e sociedade.

Espera-se que os conteúdos aqui apresentados contribuam para evidenciar alternativas mais estratégicas e participativas da gestão do SUS, ressignificar o Plano de Saúde como importante instrumento de gestão e sirvam de ponto de partida para seu aprofundamento nos temas propostos.

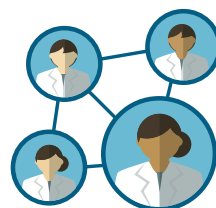
Desejamos a você um ótimo estudo.

EMENTA: Principais aspectos da organização dos serviços previstos na Lei Orgânica do SUS. Importância do planejamento estratégico em saúde. Plano de Saúde como instrumento privilegiado de gestão. Análise da situação de saúde do território na elaboração do Plano de Saúde. Instrumentos de gestão próprios do SUS e da gestão pública. Conceitos de planejamento por resultados.



2 RESPONSABILIDADES DA GESTÃO NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A gestão compartilhada no SUS deve dar destaque para a cogestão, educação permanente e gestão de conflitos como dispositivos para uma gestão participativa.



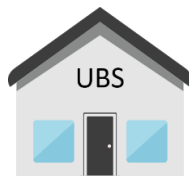
Da mesma forma que a Lei nº 8.080/90 assegura os mecanismos de organização da gestão administrativa do SUS, assegura também a organização dos serviços de saúde, também denominados **pontos de atenção**, que devem ser garantidos pelo sistema.

2.1 Pontos de atenção à saúde

Pontos de atenção são os espaços nos quais são prestados os cuidados de saúde, na lógica das redes do cuidado e do cuidado em redes. Compreendem desde:



O cuidado domiciliar



Unidades básicas de saúde



Unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, entre outros

Você pode estar se perguntando: o que isso significa para a gestão do SUS? Uma resposta sintética, porém correta, seria: muito!

A concepção ampliada da saúde valoriza os determinantes do processo saúde-doença, em especial nas políticas de promoção da

saúde e na integralidade do cuidado. Assim, a visão fragmentada e compartimentada da saúde poderá ser superada pela concepção do trabalho em saúde estruturado em redes.

Desde o início dos anos 2000, por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001 e 2002), a regionalização vem sendo apontada como caminho para superar obstáculos que dificultam a resolutividade no SUS (BRASIL, 2002).

Nesse contexto entra a proposição das **Redes de Atenção** e do **Cuidado em Redes** que apontam para uma maior eficácia na produção da saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribuem para o avanço do processo de efetivação do SUS.

Assim, os pontos de atenção refletem essa lógica de trabalho em rede em que todos eles são igualmente importantes para tecer a malha do cuidado resolutivo, garantindo uma concepção de complexidade adequada e específica para os diferentes tipos de serviços.

Figura 1 - Lógica do conceito.

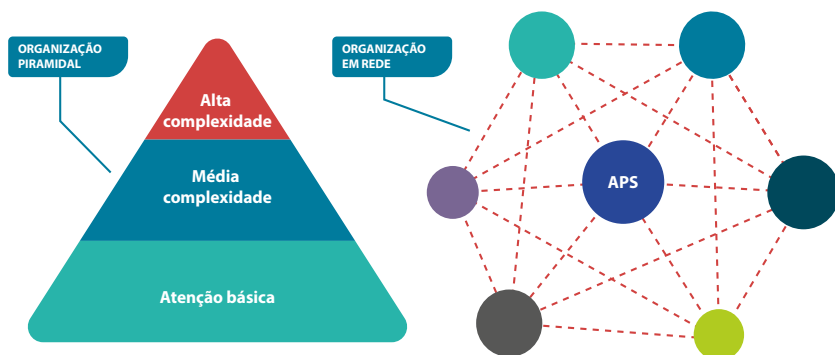


Fonte: Adaptado de: VASCONCELOS, Lêda Lúcia Couto de. **Redes de atenção à saúde**. Brasília: DARAS, SES Minas Gerais, 2011. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/SESMG/apresentao-redes-joo-batista-ministrio-sade>>.

Quando a Atenção Primária à Saúde (APS) foi implantada, em 1978, ela propunha, naquele momento, uma organização piramidal dos serviços de saúde sendo a APS a porta de entrada para o sistema e considerada de “baixa” complexidade. Com o tempo, constatou-se que os serviços podem ser de baixa densidade tecnológica (utilizar menos tecnologia e equipamentos), mas não de baixa complexidade. Isso porque as ações prestadas nesses espaços do cuidado são bastante complexas, uma vez que requerem inúmeras habilidades, competências e conhecimentos dos profissionais que ali atuam.

Nessa forma de valorização da Atenção Básica, houve uma reformulação dos conceitos e a forma piramidal de representação da organização dos serviços de saúde foi substituída pelo conceito de redes.

Figura 2 - Organização do Sistema de Saúde.



Fonte: Adaptado de: MENDES, E.V. **As Redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

Após o advento do SUS e ampliação do acesso aos serviços, observou-se que o usuário entra de diferentes formas no sistema de saúde, de acordo com as suas necessidades e possibilidades. E o mais importante é que, após seu acolhimento, o serviço procurado por ele (ponto de atenção) o encaminhe para ser acompanhado pelas equipes de Saúde da Família ou equipes convencionais das unidades básicas de saúde.

Os serviços de saúde estão estruturados e organizados de acordo com seu perfil e são classificados em básicos e especializados, sendo esses, de média e alta complexidade.

2.2 Atenção Básica

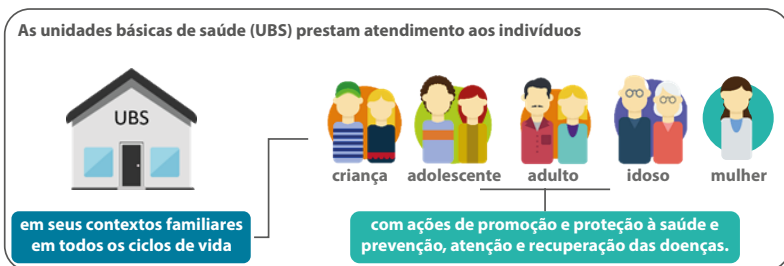
De modo geral, os municípios brasileiros são responsáveis pela gestão plena da **Atenção Básica** (AB) e, no Brasil, a **Estratégia Saúde da Família** é uma das importantes estratégias estruturantes da Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde, preconizada pela **Política Nacional da Atenção Básica - (PNAB)**. A PNAB foi instituída pela Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, e redefinida pela Portaria GM/MS nº 2.488/2011, que traz a seguinte definição:



A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

A rede básica de saúde é a que tem maior capilaridade no sistema e é justamente esse diferencial que a torna fundamental para o SUS.





Muitas **equipes de Saúde da Família (ESF)** trabalham articuladas com equipes de saúde bucal que atendem toda a população. Formam uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiras, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde.



Para dar apoio às ESF, foram criados os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)** ampliando a equipe multiprofissional. Fazem parte do NASF psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física, assistentes sociais, fonoaudiólogos, entre outros.



Os profissionais do NASF atuam no matriciamento do cuidado assessorando os profissionais das equipes de Saúde da Família em relação às condutas terapêuticas e também na prestação direta do cuidado, quando necessário. A configuração das equipes do NASF adequa-se às necessidades de saúde dos diferentes territórios, de acordo com a situação de saúde.

A AB bem estruturada e resolutiva constitui um dos grandes desafios para os gestores porque é estruturante para produzir mudanças no modelo assistencial que predomina no país. A AB tem funções estratégicas nas Redes de Atenção, são elas (BRASIL, 2012a):



Nessa perspectiva, a AB, por meio das UBS e equipes de Saúde da Família, integra todas as Redes de Atenção à Saúde em desenvolvimento no país. Mais recentemente, foram criados outros serviços de atenção básica, na perspectiva de avançar rumo à integralidade e acesso. São eles, o **Consultório de Rua**, trabalho realizado por equipes específicas para prestar atendimento a esse grupo populacional, e **UBS** fluviais com ESF, para atender as comunidades **ribeirinhas**, a exemplo das comunidades **quilombolas** e **indígenas** que já integram a AB (BRASIL, 2012b).

Outros importantes pontos de atenção integram a rede básica. Entre eles, os **Centros de Atenção Psicossocial** (CAPS), que prestam atendimento em transtornos mentais em interação com as famílias. Os CAPS são implantados em municípios de acordo com seus diferentes portes populacionais:

- 1) CAPS tipo I, em municípios de 20 a 70 mil habitantes;
- 2) CAPS tipo II, de 70 a 200 mil habitantes;
- 3) CAPS tipo 3, acima de 200 mil habitantes;
- 4) CAPS ad (álcool e drogas), para municípios de 70 a 200 mil habitantes;
- 5) CAPS i (crianças, adolescentes e jovens até 25 anos), em municípios acima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2013).

Embora haja um parâmetro populacional para a implantação dos CAPS, cabe lembrar o papel dos **Consórcios Intermunicipais de Saúde** que são prestadores de serviços de apoio ao SUS e podem implantar serviços que atendam a conjuntos específicos de municípios dentro de uma mesma região, a depender da análise da situação de saúde local e regional.



PARA SABER MAIS!

Veja o site do Departamento da Atenção Básica para conhecer todas as estratégias de apoio à Atenção Básica.

2.3 Serviços de apoio especializado às UBS no SUS

Os municípios de maior porte populacional, muitas vezes, são responsáveis pela gestão plena do sistema municipal. Isso significa que a coordenação dos serviços próprios e contratados pelo SUS compete ao gestor e equipe gestora. Dessa forma, além da AB, são responsáveis diretos pela organização e oferta dos serviços de média e alta complexidade em seu município e região. Para tanto, o gestor precisa de uma boa equipe de regulação e auditoria dos serviços.

2.3.1 Serviços de Urgência e Emergência - SAMU e UPA

Os serviços de urgência e emergência atendem situações nas quais há necessidade de uma intervenção rápida (por exemplo, o SAMU) ou requer uma estrutura mais complexa de serviços, com disponibilidade de realização de exames laboratoriais e de imagem e intervenções (por exemplo, UPA 24h, pronto atendimento e emergência hospitalar).



O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) tem como finalidade prestar serviços de pronto-socorro à população em casos de emergência. Com isso, reduz-se o número de óbitos e as sequelas decorrentes da falta do atendimento em tempo oportuno.



O SAMU funciona ininterruptamente (24 horas/dia e sete dias/semana), com equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas. Esse serviço presta atendimento às urgências em todas as áreas (trauma, clínica, pediátrica, gineco-obstétrica, cirúrgica, psiquiátrica) e realiza atendimentos de urgência e emergência em diferentes locais, desde residências até vias públicas e rodovias (BRASIL, 2003).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde (UBS) e as portas de urgência hospitalares. Atuam como referência às UBS e são também porta de entrada para os casos que requerem maior urgência no diagnóstico e definição do tratamento, nas mesmas áreas acima citadas.



2.3.2 Serviço de Atenção Domiciliar - SAD

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) foi implantado pela Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013, e visa prestar atendimento às pessoas com alta hospitalar, mas que requerem cuidados específicos para sua recuperação, por incapacidades, dificuldades de locomoção, manutenção de aparelhos e/ou equipamento por período prolongado (ex.: sondas, terapia nutricional), entre outros.





Infecções hospitalares

As infecções hospitalares por bactérias resistentes constituem, cada vez mais, problemas de saúde. O SAD busca viabilizar a desospitalização para que os usuários internados possam continuar seus respectivos tratamentos em casa, de forma segura e responsável.



Usuários com quadro clínico estabilizado

Os usuários com quadro clínico estabilizado, que se enquadram nos critérios estabelecidos pelo SAD, podem ter seu internamento continuado em casa, após avaliação das condições ambientais e capacitação dos cuidadores. As equipes multiprofissionais do SAD fazem o acompanhamento e monitoramento do cuidado.

A atenção domiciliar busca proporcionar ao usuário do SUS um cuidado contextualizado à sua cultura, rotina e dinâmica familiar, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções hospitalares.



AGORA É COM VOCÊ!

Como estão organizados os serviços de saúde em seu território? Estão organizados buscando a lógica das redes ou ainda permanecem fragmentados? Quais são as redes em desenvolvimento na sua região?

São muitas as ações e políticas importantes para o conhecimento do gestor e equipe gestora. Nesse sentido, é importante que os gestores estejam atualizados e atentos às propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais de Saúde, não apenas para captar incentivos financeiros, mas também para adequar, na medida do necessário, os serviços.



3 RESPONSABILIDADES DA GESTÃO NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

A organização dos serviços, do ponto de vista da estrutura física, é importante. Tão importante quanto é prestar o cuidado resolutivo e de boa qualidade à população sobre sua responsabilidade. Para isso, o gestor e equipe gestora, junto com suas equipes de saúde, precisam investir na implantação e/ou no aperfeiçoamento de algumas ferramentas do cuidado.

3.1 Gestão da clínica

Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, as RAS organizam-se a partir de um processo de gestão da clínica associado à aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos. Para isso, é preciso ampliar o objeto da clínica, ou seja, entendê-la para além da dimensão das doenças, identificando as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas. Segundo a referida portaria, gestão da clínica implica:



[...]a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de: a) assegurar padrões clínicos ótimos; b) aumentar a eficiência; c) diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais; d) prestar serviços efetivos; e e) melhorar a qualidade da atenção à saúde". Como subsídio à gestão da clínica, utiliza-se a análise da situação de saúde em que o objetivo é a identificação e estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais (BRASIL, 2010).

3.2 Diretrizes clínicas

As diretrizes clínicas constituem as recomendações que devem orientar a decisão nas ações de promoção e atenção à saúde e prevenção das doenças e agravos, bem como de organização de serviços para os problemas e agravos de saúde de relevância sanitária, sempre com foco no processo saúde-doença e na integralidade.



No disposto na portaria acima citada, as diretrizes clínicas devem incorporar as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia, além de desdobrarem-se em guias de prática clínica ou protocolos assistenciais, que orientam as linhas de cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos (BRASIL, 2010).

3.3 Protocolos assistenciais e organizacionais

De forma geral, os protocolos são tidos como instrumentos orientadores para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. São orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política e têm



como fundamentação estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas e normas e leis existentes.

Na atenção ao cuidado, têm como objetivo a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Em sua maioria, os protocolos clínicos estão baseados em evidências científicas disponíveis, envolvem a incorporação de novas tecnologias e dão ênfase às ações técnicas e ao uso de medicamentos. Na organização dos serviços, os protocolos tratam dos processos de trabalho e definição de funções e responsabilidades (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

3.4 Linhas de cuidado

As linhas de cuidado servem para desenhar o caminho que o usuário precisa para enfrentar seus problemas ou necessidade de saúde e, por isso, também é denominada como mapa do cuidado, que são planos de cuidado multidisciplinares destinados a apoiar e implementar as diretrizes clínicas e os protocolos (PRACCHIA, 2013).



As linhas de cuidado (LC) definem as ações e serviços que devem ser desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção de uma rede e nos respectivos sistemas de apoio, fornecendo, aos gestores e equipes, a possibilidade de prever um conjunto de atividades e procedimentos e estimar custos. Contribuem, ainda, para os processos de planejamento, programação e avaliação das ações à medida que se detalham as modalidades de atendimento e os procedimentos necessários ao cuidado (exames, tratamento etc.) e prevenção e detecção precoce dos agravos.

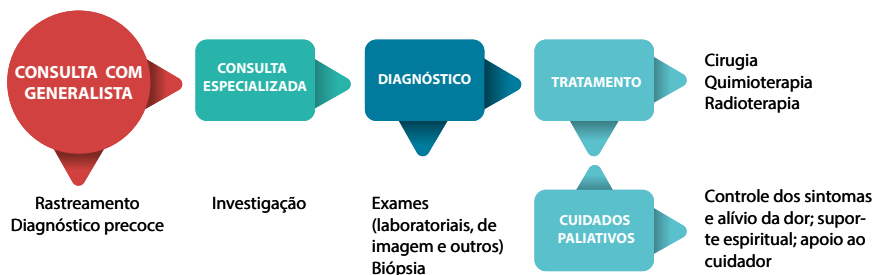
Segundo a Portaria nº 4.279/2010, devem ser observadas para a efetivação das LC, a garantia dos recursos materiais necessários à sua operacionalização; integração e corresponsabilização das unidades prestadoras de serviços de acordo com as diferentes complexidades; interação entre as diferentes equipes; processos de



educação permanente para a capacitação dos profissionais e gestão de compromissos e resultados pactuados entre os envolvidos.

O exemplo a seguir ilustra a concepção e operacionalização de uma linha de cuidado.

Figura 3 - Linha de cuidado no câncer.



Fonte: Adaptado de: LINHA de cuidado e integralidade da atenção. 2015. p. 92-3.

Disponível em: <http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_linha_cuidado.pdf>.

4 SITUAÇÃO DE SAÚDE E MAPA DA SAÚDE

Essa é uma tarefa fundamental para todos os gestores e equipes gestoras do SUS. Conhecer a situação de saúde e os dados epidemiológicos do território sob sua responsabilidade é imprescindível para uma boa tomada de decisão em todos os aspectos da gestão, principalmente na organização dos serviços e definição dos protocolos e linhas de cuidado.



No caso de municípios muito pequenos ou com dificuldades de estruturar seus sistemas de informação, muitos dados e informações epidemiológicas estão disponíveis nas regionais de saúde, órgãos responsáveis por apoiar os gestores em todos esses processos, independentemente das questões político-partidárias.

A elaboração e análise da situação de saúde permitem que o gestor e equipe gestora conheçam o perfil populacional do território, os principais problemas de saúde da população, a rede de serviços existentes, a rede de apoio utilizada para a referência dos casos mais graves, a força de trabalho em saúde existente e, ao mesmo tempo, organizar as principais informações de saúde.

O **Mapa da Saúde**, preconizado pelo Decreto nº 7.508/2011 (que regulamenta a Lei nº 8.080/1990), é definido como:

[...] descrição geográfica da distribuição de recursos humanos (entenda-se força de trabalho em saúde) e das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011).



É frequente o uso do termo “situação de saúde” quando voltado à morbimortalidade e agravos de saúde e o de “mapa da saúde”, incluindo, além desses, a capacidade física e operacional instalada de todos os recursos disponíveis no território, assim como os pontos de atenção não formais (domicílios, organizações não governamentais, entre outras).



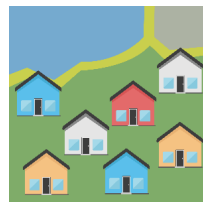
AGORA É COM VOCÊ!

Do que adoecer e morrer a população do seu território? Existem protocolos implantados que possam orientar o manejo das situações de saúde nas UBS? Você conhece as linhas de cuidado das Redes de Atenção propostas pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria de Estado da Saúde? Você tem mapeada a capacidade instalada do seu município?

Para fazer uma boa gestão do SUS, é fundamental obter estas informações. Não é possível fazer um bom planejamento sem estar embasado nessas informações que são decisivas para a tomada de decisão dos rumos da gestão.

4.1 O território na gestão em saúde

O conceito de território envolve compreensões que vão muito além dos enfoques meramente geográficos e administrativos. Na saúde, é utilizado como o *lócus* onde ocorre a interação população-serviços ou comunidade-serviços.



O território se caracteriza por uma população relativamente específica, que vive e divide, por um determinado período, um mesmo espaço geográfico, social, cultural, econômico e político, que tem problemas e necessidades de saúde determinados e utiliza, em sua maioria, os mesmos equipamentos sociais (escolas, serviços de saúde, transporte, igrejas).



O território, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, apresenta um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza. E para o planejamento das ações de saúde, deve ser compreendido, apreendido, analisado e visualizado espacialmente pelos profissionais e gestores dos distintos pontos de atenção, em especial as UBS. É no território que se manifesta, com maior evidência, a determinação do processo saúde-doença, por sua vez, presente na situação de saúde da população.

No SUS, a utilização dessa concepção de território foi adotada a partir dos anos de 1980 e hoje se refere a diferentes espaços de gestão: o território pode ser um estado, uma região de saúde, um município, uma região de um município, uma localidade de um município, enfim, a concepção é utilizada para que se compreenda o território como espaço vivo e em permanente construção.

A ESF preconiza no planejamento de suas atividades, os termos território-área das equipes e território-microárea que orienta o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS). Mas o importante é compreender a concepção que orienta o trabalho nos territórios.

As normas do SUS, em especial no que se refere ao processo de regionalização e das redes de atenção, trabalham com termos similares, embora com enfoque mais administrativo (região de saúde, município-polo, município-sede etc.). Nesse contexto e para o planejamento focado na resolução de problemas, conhecer o território, sistematizar e analisar as informações faz toda a diferença.

4.2 Dados e informações em saúde

Os dados e informações em saúde são importantes instrumentos para conhecer a situação de saúde do território. Vamos nos ater às principais informações que o gestor necessita para intervir melhor sobre os problemas de saúde da população sob seus cuidados.



Existe um conjunto de indicadores de saúde clássicos que deve ser de conhecimento de todos os gestores, entre eles, podemos destacar os indicadores de efetividade que evidenciam os resultados das ações já desenvolvidas no território considerando as respostas produzidas setorialmente ou geradas por outros setores com impacto na saúde. São eles os indicadores **de mortalidade, de morbidade, demográficos, socioeconômicos e ambientais**.

De modo geral, para subsidiar a tomada de decisão, as informações em saúde são coletadas, processadas e interpretadas por uma equipe capacitada para tal. Existem dados que precisam ser coletados localmente (ex.: mortalidade materna e infantil) e outros que podem ser utilizados a partir de outros bancos de dados (ex.: dados do IBGE).

O importante é que o gestor e equipe gestora busquem identificar, conhecer e aperfeiçoar, em seu território, a produção e análise dos dados para que estes se transformem em informações.

4.3 Sistemas de Informação em Saúde

O SUS tem sistemas específicos de informação gerenciados pelo Ministério da Saúde, mas que são bastante importantes para todos os níveis de gestão. São eles:

SIM

Sistema de Informação sobre Mortalidade - fornece informações sobre do que morre a população, por meio dos dados sobre a causa básica do óbito; obtida por meio da Declaração de Óbito (DO) emitida por médicos.

SINASC

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - fornece informações sobre as condições dos nascidos vivos e vigilância do recém-nascido para identificação daqueles que precisam de acompanhamento e monitoramento prioritários e constantes; obtido por meio da Declaração de Nascido Vivo (DN).



SINAN

Sistema de Informação de Agravos de Notificação Obrigatória - fornece informações sobre as doenças que são de notificação obrigatória e possibilita calcular a incidência, prevalência e letalidade das doenças; obtida por meio das Fichas de Doenças de Notificação Obrigatória (DNO).

SISAB

Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - substitui o SIAB por meio da estratégia e-SUS AB, que conta com dois sistemas de software para a captação de dados, sendo eles: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS- AB) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PECAB).

Os sistemas de saúde merecem atenção especial dos gestores e equipes gestoras. Essas informações permitem delinear, inicialmente, o perfil de agravos da população e identificar prioridades dos gestores para sua gestão no SUS.



PARA SABER MAIS!

Acesse os sites: Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA).

4.4 Capacidade instalada

Da mesma forma como conhecer as principais causas de adoecimento e morte são importantes para o planejamento em saúde, o gestor e equipe gestora precisam conhecer também a capacidade instalada dos recursos existentes.

A capacidade instalada é um mapeamento descritivo dos “bens” disponíveis no serviço, com análise de suas condições de funcionamento e desenvolvimento do trabalho. Para um adequado planejamento,



algumas informações precisam estar organizadas e disponíveis. Entre elas, sugere-se:

- ▶ Número de Unidades Básicas de Saúde, por região do município.
- ▶ Número de equipes de Saúde da Família, por UBS e região.
- ▶ Série histórica de cobertura da Estratégia Saúde da Família.
- ▶ Número de equipes de Saúde Bucal, por UBS e região.
- ▶ Série histórica de cobertura da Saúde Bucal.
- ▶ Número de equipes de NASF, por UBS e região.
- ▶ Distribuição da Força de Trabalho em Saúde, por região, vínculo, categoria, jornada de trabalho.
- ▶ Número de Centros de Apoio Psicossocial, por região.
- ▶ Número de Centros de Especialidades Odontológicas, por região.
- ▶ Número e distribuição de serviços de referência, por especialidades.
- ▶ Número de leitos de internação por mil habitantes.
- ▶ Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador, segundo especialidade.
- ▶ Número de equipamentos existentes, em uso e disponíveis ao SUS, segundo grupo de equipamentos.
- ▶ Número de equipamentos de categorias selecionadas: existentes, em uso e disponíveis para o SUS.
- ▶ Estabelecimentos e tipo de prestador, segundo dados do CNES.
- ▶ Outros que sejam de interesse e necessários para a gestão do SUS.

Essas informações permitem ao gestor trabalhar os recursos existentes de acordo com a análise da situação de saúde, bem como estabelecer prioridades de ampliação e/ou ajustes necessários aos serviços. Em posse de todos os dados trabalhados até o momento, o passo seguinte é desenvolver o processo de planejamento propriamente dito.



5 O PLANEJAMENTO NA GESTÃO DO SUS

Na condição de gestor ou equipe gestora, um dos grandes desafios é desenvolver coletivamente um planejamento que contribua para melhorar a saúde da população de seu território, agregar adesão das equipes, atingir resultados e, assim, fortalecer o SUS. Processos coletivos são complexos e precisam ser estrategicamente trabalhados.



No planejamento normativo, o pressuposto que o orienta é o de que o gestor e a equipe gestora planejam e decidem, e os demais envolvidos no processo de trabalho em saúde executam. Essa forma de conceber o planejamento tem se mostrado ineficaz.



No âmbito do SUS, o gestor terá mais sucesso se conseguir mobilizar e envolver todos os sujeitos inseridos na cadeia de produção do cuidado em saúde. Gerir o SUS é também a arte de trabalhar coletivamente, apesar das dificuldades e conflitos. Considera-se como ações fundamentais: reconhecer a existência do conflito, gerir o conflito e construir consensos que permitam avanços na gestão.

5.1 O gestor como ator social

Na concepção do planejamento estratégico, pode-se dizer que todo gestor assume seu trabalho com um estoque de poder político. Isso porque o gestor é indicado pelo prefeito ou governador que, por sua vez, foi eleito pela população daquele município ou estado pelo voto direto.



Assim, o gestor, sendo convidado para fazer parte da equipe, assume o comando da secretaria ou departamento de Saúde com relativa governabilidade, ou seja, com algum capital político.



O mesmo raciocínio pode ser aplicado para os componentes das equipes gestoras que são convidadas pelo gestor para desenvolverem, com ele, um determinado projeto de governo. Ambos assumem a responsabilidade pessoal e institucional pelas decisões tomadas.



Entre as vertentes e métodos de planejamento, dois autores são centrais no contexto do SUS. Um deles é Mario Testa, que centrou sua contribuição na análise da categoria *poder*; e o outro é Carlos Matus, que desenvolveu um método voltado para *situações de poder compartilhado*, ao qual denominou Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Este método tem sido utilizado por diversos serviços de saúde, em diferentes âmbitos, por possibilitar a problematização da realidade e a construção de consensos em coletivos de trabalho. Matus (1993, p. 20) define **ator social** como:

[...] uma pessoa, personalidade ou grupamento humano que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades produzindo fatos numa determinada situação [...] é dotada de algum tipo de poder capaz de intervir sobre um determinado problema.

5.2 Projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo

Ainda, no enfoque do Planejamento Estratégico Situacional (PES), Matus (1993) desenvolveu três conceitos utilizados em seu método. São eles: projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo. Compreender esses conceitos pode ajudá-lo na tarefa de gerir o SUS.



- **Projeto de governo (P):** são os objetivos, as ações e intencionalidades expressos geralmente nos planos de governo, e evidenciam as intencionalidades dos atores no momento da disputa pelos cargos de poder.
- **Governabilidade (G):** é o resultado do balanço entre as variáveis que o ator controla e as que ele não controla. Como citamos acima, todo gestor, em tese, inicia seu trabalho com algum capital político. Assim, quanto maior for o sucesso no avanço do projeto, mais capital político e mais poder ele acumula. É, portanto, o domínio do ator (gestor) sobre a situação que ele maneja.
- **Capacidade de governo (C):** é o acúmulo de experiências, habilidades, técnicas, métodos e tecnologias disponíveis para a execução do plano. Alguns autores se referem ao capital intelectual, experiência e acúmulo pessoal e institucional já existente na instituição. O ator (gestor) deve identificar (e valorizar) o que já existe de avanços e acúmulos e compreender que, em se tratando do SUS, nenhum gestor inicia sua gestão do “zero” (MATUS, 1993, p. 20).

O referido autor utilizou a figura do triângulo para representar seus fundamentos do PES:

Figura 4 - Triângulo de governo.



Fonte: Fonte: Adaptada de: BRASIL. Ministério da Saúde. **PlanejaSUS**.



5.3 Análise situacional

Com as informações sobre a situação de saúde do território, o gestor e equipe gestora passam para a análise situacional do território ou, comumente denominada, análise de contexto. No planejamento estratégico situacional, a **situação** refere-se a um conjunto de problemas ou de necessidades tais como são compreendidos a partir da perspectiva de atores ou sujeitos interessados em intervir sobre um determinado recorte da realidade (MATUS, 1993).

Para proceder a análise situacional, é importante que o gestor e equipe gestora analisem duas questões:

1 Como está e como *deveria* estar o serviço em relação aos:

- ✓ indicadores de saúde;
- ✓ oferta das ações de saúde;
- ✓ preparo e qualificação dos profissionais;
- ✓ disponibilidade dos profissionais;
- ✓ disponibilidade dos medicamentos;
- ✓ articulação com a comunidade;
- ✓ articulação com outros serviços;
- ✓ articulação com outros equipamentos sociais etc.



2 Qual é a minha situação desejada ou minha imagem-objetivo?

- ✓ aonde quero chegar;
- ✓ quais objetivos desejo alcançar;
- ✓ quais metas desejo atingir;
- ✓ com que finalidade quero atuar etc.



É importante que o gestor e equipe gestora reflitam sobre as ações e serviços necessários para melhorar a qualidade de vida e saúde da população.



REFLETINDO!

Quais as ações que você acredita serem mais efetivas para modificar os indicadores de saúde em seu território? Só os serviços de saúde são suficientes para garantir essas mudanças? Quais outras ações você, como ator social, pode realizar?

5.4 Planejamento e Plano de Saúde

É comum os gestores e equipes gestoras elaborarem os Planos de Saúde mecanicamente, de forma a atender burocraticamente uma exigência da gestão do SUS. E não foi essa a concepção pensada pelas lideranças que lutaram pela criação do SUS: **o Plano de Saúde foi concebido para ser um instrumento político de enfrentamento das adversidades.**

E para ser político, o Plano de Saúde precisa ser efetivo, construído com a participação e envolvimento das equipes de saúde, dos conselheiros de saúde, precisa retratar a real situação de saúde da população dos territórios, mostrar a capacidade instalada dos serviços e espelhar a situação da força de trabalho em saúde e dos processos afetos a ela - espaços de educação permanente, envolvimento na definição e construção dos protocolos e linhas de cuidado, reuniões com os gestores e equipe gestora, entre outras ações.

Planos de Saúde construídos coletivamente qualificam o processo de tomada de decisão e fortalecem os princípios e diretrizes do SUS naquilo que é mais significativo: o investimento na cidadania. No módulo 2 você terá acesso mais detalhado sobre a construção estratégica do Plano de Saúde. Convidamos você a realizá-lo.





AGORA É COM VOCÊ!

Que tal elaborar uma síntese de apresentação do seu território (município, região, estado, União)? É importante abordar os seguintes aspectos:

- ✓ Descrição e análise da situação de saúde do seu território.
- ✓ Mapeamento dos pontos de atenção em saúde no território.
- ✓ Análise da Atenção Básica/Atenção Primária identificando as unidades básicas de saúde, equipes de Saúde da Família, equipes de saúde bucal.
- ✓ Análise dos serviços de urgência e emergência que você dispõe no território.
- ✓ Análise dos serviços de atenção domiciliar que você dispõe no território.
- ✓ Redes de Atenção em construção na sua região de saúde.
- ✓ Levantamento dos protocolos clínicos e de gestão que você dispõe na instituição.
- ✓ Identificação das linhas de cuidado disponíveis na sua região de saúde.
- ✓ Análise da capacidade instalada de serviços em seu território e disponíveis na região.
- ✓ Comparação dessas suas observações com o que está apresentado no Plano de Saúde de seu município e/ou estado.
- ✓ Análise de como tem sido o papel da equipe dirigente na definição das propostas e construção do plano como projeto de governo.

LEMBRE-SE!

É importante registrar no Plano de Saúde a análise da evolução da situação e dos serviços de saúde de seu território.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecendo os elementos estratégicos no planejamento, gestor e equipe gestora poderão atuar como atores sociais e trabalhar no enfrentamento de problemas, na capacidade de gestão e no desenvolvimento de ações que atendam às necessidades e expectativas da população e dos trabalhadores do SUS.

Esperamos que, ao terminar esta unidade de aprendizagem e este módulo, você esteja motivado e mobilizado para investir mais na gestão estratégica e apostar na construção coletiva e participativa do SUS.



REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. O Planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: _____. **Cadernos da Oficina Social 3**. Rio de Janeiro: Coppe, UFRJ, 2000. 25 p. (Série Desenvolvimento Local). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/referencia/0000001709>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta de Montes Claros: Muda Saúde. In: **ENCONTRO MUNICIPAL DO SETOR SAÚDE, 4., ENCONTRO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 3.**, 1985, Montes Claros. p. 1-3. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_montesclaros.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.>.

_____. _____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. _____. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 3 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012b.



_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Urgência e Emergência. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. 228 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

_____. _____. Secretaria-Executiva. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 100 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 1). Disponível em: <<http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/PlanejaSUS-1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. _____. Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013. **Redes de Atenção Psicossocial no SUS**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html>. Acesso em: 15 jan. 2016.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Funções da Atenção Básica nas Redes de Atenção a Saúde**. 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=funcoes_ab_ras>. Acesso em: 20 ago. 2015.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 dez. 2015.

GONÇALVES, A. C. C. **O orçamento público brasileiro: suas origens, princípios norteadores e forma de execução**. 2010. p. 1-3. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/14940/o-orcamento-publico-brasileiro#ixzz3m7XbztCp>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

LINHA de cuidado e integralidade da atenção. 2015. p. 92-3. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_linha_cuidado.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

LOBATO, L. V. C. **Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços**. 2000. 237f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.



MATUS, C. **Política, planificação e governo**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1993. 2 t.

MENDES, E. V. **As Redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. especial, p. 73-8, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

PRACCHIA, L. F. **Linhas do Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde**. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/escolamunicipaldesaude/linhas-de-cuidado-nas-redes-de-ateno>>. Acesso em: 29 ago. 2015.

ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008.

VASCONCELOS, L. L. C. **Redes de atenção à saúde**. Brasília: DARAS, SES Minas Gerais, 2011. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/SESMG/apresentao-redes-joo-batista-ministrio-sade>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

WERNWCK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2009.





CURSO DE FORMAÇÃO
Gestão Pública
EM SAÚDE



2016